

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE

N° 384

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le mercredi 8 juin 1898, à 1 heure

Par H. BOUTIN

Né à Clisson (Loire-Inférieure) le 28 mars 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

du

FIBROMYOME TÉLANGIECTASIQUE DU VAGIN

Chez la femme enceinte

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges } MM. TERRIER, professeur.
KIRMISSON et BROCA, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

13, rue Racine, 13

1898

384

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1898

THÈSE N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue, le mercredi 8 juin 1898, à 1 heure

Par H. BOUTIN

Né à Glisson (Loire-Inférieure) le 28 mars 1872

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

du

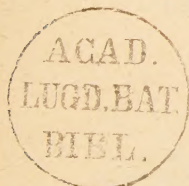
FIBROMYOME TÉLANGIECTASIQUE DU VAGIN

Chez la femme enceinte

Président : M. PINARD, professeur.

*Juges } MM. TERRIER, professeur.
KIRMISSON et BROCA, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
45, Rue Racine, 45

1898

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Boyen.		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale.	{	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie.		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.		TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.		POUCHET.
Thérapeutique.		LANDOUZY
Hygiène.		PROUST.
Médecine légale.		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE
Pathologie expérimentale et comparée.		CHANTEMESSE.
Clinique médicale.	{	POTAIN.
		JACCOUD.
Maladie des enfants.		HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		GRANCHER.
Clinique des maladies du système nerveux.		
Clinique chirurgicale.	{	JOFFROY.
		FOURNIER.
Clinique des maladies des voies urinaires.		RAYMOND.
Clinique ophthalmologique.		TILLAX.
Clinique d'accouchements.	{	BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU
		GUYON.
		PANAS.
		N.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.			
ACHARD	GAUCHER	MARIE	SEBILLEAU
ALBARRAN	GILBERT	MÉNÉTRIÉR	THIERRY
ANDRE	GILLES DE LA	NELATON	THOINOT
BAR	TOURETTE	NETTER.	TUFFIER
BONNAIRE	GLEY	POIRIER, chef des	VARNIER
BROCA	HARTMANN	travaux anatomi-	WALTHER
CHARRIN	HEIM	ques.	WEISS
CHASSEVANT	LEJARS	RÉTTERER	WIDAL
DELBET	LETULLE	RICARD	WURTZ
	MARFAN	ROGER	

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE, MON PREMIER MAÎTRE,
LE D^r H. BOUTIN DE CLISSON

Hommage de respectueuse filiation.

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MESSIEURS LES PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS
DES HOPITAUX DE NANTES

A MON EXCELLENT MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLEMET

Professeur de clinique obstétricale de l'école de médecine de Nantes

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

Membre de l'Académie de Médecine.

Chevalier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Les tumeurs du vagin ne sont pas communes comparées aux tumeurs des organes génitaux internes : utérus ou ovaires. Cependant les diverses productions néoplasiques se rencontrent encore de temps en temps dans cette région, sans toutefois avoir cette prédisposition locale dont jouissent certaines parties du corps, comme Wischow l'a fait remarquer avec tant de raison.

Ces tumeurs rares habituellement sont encore plus rares dans l'état de grossesse ; peut-être parce que la présence d'une tumeur dans la paroi vaginale s'opposerait le plus souvent à la fécondation en gênant l'acte de la capulation. Ayant observé un cas de tumeur de la paroi recto-vaginale chez une femme enceinte de six mois, ayant nécessité une intervention, dans le service de M. le professeur Guillemet, il nous est venu, après une étude attentive de ce cas particulier, l'idée de faire quelques recherches sur cette tumeur ou les tumeurs offrant avec celle qui fait l'objet de notre observation, une plus ou moins grande analogie.

Nous avons été sollicité à faire cette étude par notre

maître dévoué, M. le professeur Guillemet, en raison des particularités cliniques et même micrographiques offertes par la tumeur dans le cas qui nous occupe. D'après lui, la grossesse aurait imprimé à cette production néoplasique, probablement préexistante, un développement rapide et des allures spéciales, en raison de l'influence que la grossesse exerce toujours sur les éléments constitutifs du vagin, en même temps que sur la circulation de cet organe. C'est sans doute d'ailleurs à cette modification particulière et profonde de la structure première de la tumeur qu'a été due la difficulté du diagnostic clinique comme du diagnostic micrographique.

Avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis de présenter à notre excellent et dévoué Maître, M. le Dr Guillemet, professeur à la Maternité clinique de l'Hôtel-Dieu de Nantes, toute notre gratitude pour le soin qu'il a pris chaque jour de nous éclairer et de nous guider de sa longue expérience et de sa science approfondie de l'obstétrique. L'année que nous avons passée dans son service et sous sa direction, comptera pour beaucoup dans nos souvenirs de scolarité. C'est près de lui que nous avons appris à aimer un peu cette branche de l'art médical, c'est à lui que nous devons d'avoir pu mener à bien ce petit travail.

Nous prions MM. les professeurs, chirurgiens et médecins de Nantes d'être assurés de notre reconnaissance, pour tous les renseignements qu'ils n'ont jamais cessé de nous prodiguer.

Nous ne voudrions pas, non plus, oublier M. le Dr H. Malherbe pour les notes précieuses, les remarques inté-

ressantes qu'il a bien voulu nous communiquer. M. F. Chapus, interne de la maternité clinique, a aussi droit à notre bonsouvenir : il nous a aidé de ses notes pour l'observation qui fait le principal objet de ce travail. Nous avons aussi à remercier notre collègue M. Villard de ses dessins aussi scrupuleux que nets.

Que M. le professeur Pinard soit bien assuré de toute notre reconnaissance, pour l'honneur qu'il nous a fait d'avoir bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

OBJET ET PLAN

Dans les quelques pages qui vont suivre, nous ne nous proposons pas de traiter d'une façon générale la question des tumeurs fibreuses du vagin. Nous restreindrons le champ de notre travail. Les fibro-myomes, les polypes fibreux du vagin ne sont pas très rares. De même que les fibro-myomes de l'utérus, ils sont susceptibles de subir certaines modifications très intéressantes et toujours utiles à connaître ou à prévoir. Ces modifications peuvent se faire sous l'influence de la menstruation, de la grossesse ou d'une excitation de cette région.

L'observation du fait que nous avons eu sous les yeux, nous a offert une modification rare, nous semble-t-il, de ces sortes de tumeurs dans cette région : la forme téléangiectasique, étudiée par Virchow et par Ranvier dans les fibro-myomes de l'utérus, et que le premier de ces savants qualifie de *Myoma telangiectodes seu cavernosum*.

Cette transformation, changeant l'aspect de la tumeur, offre pour être déterminée et diagnostiquée certaines difficultés faciles à expliquer. Aussi nous bornerons-nous, ayant été témoin de ce fait très-précis et observé avec

soin, à l'étude de cette variété de fibro-myomes pendant la grossesse.

Dans un premier chapitre, qui nous servira d'entrée en matières et comme de base aux réflexions que nous pourrons faire dans la suite, nous exposerons le fait observé par nous à la Maternité Clinique de Nantes. Nous relaterons dans cette observation les divers incidents qui se sont produits au cours de l'examen de la malade et pendant l'opération. Ce sont ces incidents et la difficulté du diagnostic définitif qui nous ont donné l'idée de faire des recherches sur ce sujet.

Le chapitre suivant sera consacré à l'étude anatomique de notre tumeur — l'examen microscopique et histologique — nous essaierons aussi d'en comprendre l'étiologie.

Dans le troisième chapitre, nous étudierons différemment les diverses tumeurs rappelant notre cas et pouvant mettre notre diagnostic en suspens.

Après avoir essayé de discuter la marche, la terminaison de ces sortes de productions, nous en verrons le pronostic.

Enfin, un court chapitre nous arrêtera sur le traitement.

Dans le cours de ce travail, nous aurons à noter de rares observations se rapprochant plus ou moins de notre sujet.

Observation I

Observation d'un fibromyome télangiectasique
chez une femme enceinte.

Dûe à l'obligeance de M. le Professeur Guillemet.

Le lundi 15 novembre 1897, dans la matinée, entrant à la Maternité clinique une femme P..., âgée de 21 ans, domestique se disant enceinte de six mois et demi environ et atteinte depuis la veille, d'abondantes hémorrhagies des voies génitales.

Cette femme de taille moyenne, de bonne mine, présente les apparences de la santé malgré les hémorrhagies, sur lesquelles nous allons revenir tout à l'heure; elle n'a ni le poulx petit, ni les muqueuses décolorées, ni souffle cardiaque. Il n'y a pas non plus d'albumine dans les urines.

Rien non plus d'appréciable du côté des poumons, bien qu'elle dise avoir des bronchites tous les hivers et soit sujette aux angines et aux laryngites.

Notons tout de suite, en passant, comme antécédents héréditaires, qu'elle a perdu sa mère et quatre frères ou sœurs d'affections pulmonaires, probablement bacillose.

Elle a marché de bonne heure, a été réglée à 15 ans et toujours, depuis, régulièrement.

Elle est primipare et a eu ses dernières règles du 22 au 29 avril 1897. Bien qu'elle dise n'avoir senti les mouvements de son enfant que le 1^{er} novembre, la hauteur de l'utérus au-dessus de l'ombilic, le volume de l'abdomen, la vigueur des bruits du

cœur fœtal indiquent bien, comme la date des règles, que la grossesse est d'environ 6 mois et demi.

Jusqu'ici la femme P... n'avait ressenti aucun trouble de santé attribuable à sa grossesse, si ce n'est, au début, quelques vomissements pendant à peine huit jours, lorsque la veille, dimanche cette femme qui exerce la profession de cuisinière, étant en promenade à deux kilomètres de chez elle, se sentit tout à coup, vers 4 heures du soir, inondée par un abondant écoulement vaginal.

Effrayée elle rentra précipitamment chez elle et voulut se rendre compte de la nature de cet écoulement. Elle constata alors que c'était du sang et que sa chemise en était inondée jusqu'à la ceinture. Elle se serait alors trouvée mal de faiblesse causée par cette hémorrhagie, suivant nous plutôt par l'impression que lui causa la vue du sang.

Elle changea une première fois de linge, puis l'écoulement continuant, elle voulut s'assurer de la cause de l'hémorrhagie et s'aperçut qu'elle avait, pendant à la vulve, quelque chose qu'elle prit pour un caillot sanguin. Elle cherche à arracher ce caillot, mais ces tiraillements amenèrent une abondante hémorrhagie en jet qui l'inonda littéralement. Elle aurait alors perdu de nouveau connaissance.

Notons qu'à ce moment la femme P... put, sans grandes douleurs, exercer une traction assez forte sur ce soi-disant caillot faisant hernie entre les lèvres.

Elle se garnit une seconde fois ; mais, à minuit, sa garniture est tellement ensanglantée qu'elle doit de nouveau la changer.

Enfin pour la quatrième fois, le lundi matin, avant de se rendre à l'hôpital, l'écoulement a été assez abondant pour que la femme P... dût encore changer sa chemise et sa garniture.

Cependant quand elle entre dans le service, vers midi, on constate que son linge est encore ensanglanté. L'hémorrhagie a donc été réellement très abondante. Malgré cela, comme nous l'avons dit, l'état général de la femme P... est très satisfaisant : elle ne présente nullement, comme on aurait pu s'y attendre, ces symptômes d'une anémie aiguë ; son pouls est bon, ses muqueuses suffisamment colorées. Elle est seulement très effrayée de cette hémorrhagie persistante.

A 4 heures, au moment de sa visite, M. le professeur Guillemet procède à l'examen de la femme P...

En écartant les cuisses de la malade, on constate à la vulve, la présence d'une tumeur du volume d'une mandarine, de couleur rouge brun, offrant absolument l'aspect d'un gros caillot sanguin qui se serait agglutiné entre les lèvres. Mais le lavage de ce soi-disant caillot en modifie aussitôt l'aspect.

Sous une croûte de sang coagulé on trouve une tumeur rouge violacée, herniée à travers l'orifice vulvaire, semblant s'effiler sous le vestibule du vagin, en s'étalant au contraire au-devant de la fourchette, de façon à présenter grossièrement l'aspect d'un cœur de carte à jouer à pointe supérieure, à base inférieure, offrant sur cette base un semblant de dépression médiane rendant encore la comparaison plus exacte. Cette tumeur donne en ce moment, à la vue, l'impression d'un gros cotylédon hernié à la vulve, les hémorrhagies y font penser, de même que l'aspect violacé général de sa surface qui semble parcourue par des tractus fibreux plus gros. Sur la partie médiane de cette tumeur, vers son tiers inférieur, nous constatons un point, une petite surface de quelques millimètres de largeur, sur un centimètre et demi environ de hauteur, de coloration grisâtre,

comme si, dans ce point, la tumeur avait subi un commencement de sphacèle.



FIG. I

Nous voulons alors nous assurer par le palper de la consistance de cette tumeur et par le toucher de son point d'implantation.

Mais, à notre grand étonnement, la sensibilité de cette tumeur est telle que le moindre attouchement arrache des cris à la malade. Nous faisons administrer le chloroforme, décidé à profiter de l'anesthésie, non seulement pour pratiquer un examen complet de la tumeur, mais encore pour intervenir extemporainement si nous le jugeons convenable.

Nous constatons alors que la tumeur lisse, tendue, offre partout une consistance solide, ferme, analogue à celle des fibrômes. En aucun point nous ne percevons ni ramollissement, ni

fluctuation, non plus que des battements pouvant nous faire songer à la présence d'un vaisseau artériel d'un certain calibre. Cherchant alors à circonscrire la tumeur en faisant pénétrer l'index entre elle et l'orifice vulvaire jusque dans le vagin, nous constatons que cet orifice la bride fortement de toute part, et, contrairement à ce que l'inspection nous aurait fait supposer, c'est par la commissure supérieure, entre le vestibule et la partie effilée de la tumeur que le doigt peut s'insinuer et, de là, serré par l'anneau vulvaire, contourner la tumeur latéralement à droite et à gauche. En arrière, au contraire, le doigt est arrêté par l'implantation de la tumeur sur la paroi vaginale postérieure. Cette implantation paraît se faire assez bas, immédiatement au-dessus de la fourchette. Elle est médiane, allongée de bas en haut, donnant lieu à un pédicule de 4 à 5 centimètres de longueur sur un demi-centimètre, un centimètre au plus d'épaisseur.

Le doigt porté en haut le long de la paroi vaginale antérieure permet d'atteindre le col et le segment inférieur de l'utérus, sains et complètement indépendants de la tumeur.

Il y avait lieu de se demander si cette tumeur était développée sous la muqueuse vaginale, mais au-devant de la cloison recto-vaginale, ou si, au contraire, développée dans l'épaisseur même de cette cloison elle ne l'avait pas entraînée avec elle, dans sa hernie et son étranglement à travers l'orifice vulvaire : cette observation était urgente à faire, au point de vue de l'intervention chirurgicale. Nous pratiquons donc le toucher rectal qui nous permet de constater la minceur de la cloison au-dessus du pédicule, sa tension et une sorte de plissement au niveau même de la tumeur ; mais nous ne trouvons pas, ce que nous craignons, une sorte d'invagination, de cul-de-sac de

la paroi antérieure du rectum par traction de la tumeur ; comme cela aurait eu lieu probablement si, interstitielle par rapport à la cloison recto-vaginale, cette tumeur l'eût entraîné en masse avec elle à travers l'anneau vulvaire.

Un premier point acquis est donc que la tumeur, peut-être développée primitivement dans la paroi recto-vaginale, est actuellement sous la muqueuse du côté du vagin. Elle est au vagin ce que les fibromyômes sous-muqueux de l'utérus sont à la cavité utérine : d'où cette conséquence que la section du pédicule laissera indemne en grande partie la cloison recto-vaginale et, en tout cas, que l'ablation de la tumeur ne risquera en rien d'amener une perforation de cette paroi.

Nous sommes décidés, en effet, nous en dirons tout à l'heure les raisons, à profiter de l'anesthésie chloroformique, à laquelle la femme P... a été soumise afin de faciliter l'examen de la tumeur, pour l'en débarrasser séance tenante.

Et cependant, si l'examen que nous venons de pratiquer nous a permis d'en reconnaître nettement le volume, la consistance, le point d'implantation, les rapports avec le rectum et les organes génitaux, il s'en faut de beaucoup que nous soyons fixés sur sa nature. La couleur est celle de toute muqueuse ayant subi, pendant près de 24 heures, un étranglement violent ; elle est violacée, mais cette coloration cesse au-delà de l'étranglement sur le pédicule, vers le vagin pour présenter la couleur normale de la muqueuse vaginale chez la femme enceinte. Vers la partie inférieure et médiane, il existe un point grisâtre, indiquant une menace de sphacèle, ce qui n'a rien d'étonnant en raison de la constriction très forte à laquelle est soumise la tumeur. La muqueuse qui la recouvre est également œdématisée pour la même cause : constriction violente et prolongée.

De même la tendance hémorrhagique pourrait être attribuée en partie à cette constriction. Cette condition cependant n'expliquerait pas suffisamment les hémorrhagies qui sont survenues depuis hier et qui semblent réellement avoir été abondantes.

La consistance de la tumeur est ferme ; elle offre partout une dureté régulière qui donne au doigt une sensation très analogue à celle que donnerait un fibro-myome utérin de même volume ; seulement, nous avons vu que l'examen, avant le sommeil chloroformique, était excessivement douloureux : ce qui indiquerait une sensibilité extrême en désaccord avec ce qui s'observe habituellement pour les fibro-myomes. Il est vrai que cette fermeté et cette sensibilité peuvent être mises, elles aussi, en partie sur le compte de la constriction.

Enfin, sur toute la portion herniée de cette tumeur, de même que sur le pédicule et sur la paroi rectale au point d'implantation de ce pédicule, nous ne trouvons, par un examen attentif, aucun battement pouvant nous faire penser à la pénétration d'un vaisseau artériel d'un calibre tant soit peu important.

Enfin la malade nous déclare qu'elle ne s'est aperçu de l'existence de cette tumeur, pourtant grosse, nous l'avons dit, comme une mandarine environ, que la veille à l'occasion de la première hémorrhagie. Il est vrai qu'elle n'a eu de rapports sexuels que pendant les quinze premiers jours de sa grossesse ; depuis, c'est-à-dire, depuis au moins six mois, il n'y a pas eu la moindre tentative de ce côté : cette abstention nous permet déjà de comprendre que la tumeur, suivant nous, préexistant à la grossesse, ait pu rester si longtemps silencieuse.

En raison de ces différents caractères, nous penchons à admettre qu'il s'agit là d'un fibro-myome de la cloison recto-vaginale, fibro-myome sous muqueux vaginal. Nous sommes

amenés à ce diagnostic, non seulement par les caractères subjectifs et objectifs de la tumeur, mais encore par la fréquence relative des fibromes de cette région, ou si l'on aime mieux par leur rareté moindre que celles des autres tumeurs dans cette région (cloison recto-vaginale).

Voici comment nous croyons pouvoir expliquer la marche des accidents.

La femme P..., portait probablement avant de devenir enceinte, congénitalement, un petit fibro-myome dans sa cloison recto-vaginale au-dessus de la fourchette, fibro-myome d'assez petit volume pour n'avoir jamais déterminé de troubles du côté du rectum, ni du côté des voies génito-urinaires. Au moment des premiers rapports sexuels ce fibrome, du fait de son petit volume, n'a été ni une gêne pour le coït, ni un obstacle à la fécondation. Mais la grossesse a amené, comme c'est la règle pour les tumeurs fibreuse de l'utérus et des organes dépendant de l'utérus, un développement en rapport avec celui du tissu musculaire de l'utérus lui-même. Les rapports sexuels ayant cessé dès le début de la grossesse, la femme P..., n'a pas éprouvé de gêne de ce développement graduel du fibro-myome, lequel, devenu peu à peu sous-muqueux, s'est pédiculisé du côté du vagin, est devenu polypeux, et enfin la veille de l'entrée de la malade dans le service, à l'occasion d'une fatigue, d'une station debout prolongée, d'une marche fatigante, préparée peut-être par des efforts de défécation dus à une constipation habituelle, bien que la malade n'ait rien noté de particulier à cet égard, ou en raison peut-être aussi d'une excitation qui pouvait dépendre de toutes les causes énoncées ci-dessus, la tumeur, disons-nous, chassée à travers un orifice vulvaire solide, chez une femme n'ayant jamais eu d'enfant et n'ayant

eu que peu de rapports sexuels, est restée étranglée par cet orifice, dans les conditions que nous avons constatées à l'examen.

A vrai dire, l'abondance des hémorrhagies nous semblait bien extraordinaire dans le cas de fibromyome ; mais outre que la vascularité des organes de la sphère utérine, exagérée aussi bien que le développement de la musculature de ces organes du fait de la grossesse, pouvait expliquer en partie la possibilité de ces hémorrhagies, l'étranglement de la tumeur herniée, pouvait encore également ajouter à la tension vasculaire. Enfin, bien que notre examen nous eût permis de constater un col sain et que le palper abdominal ne nous fit percevoir aucune contraction utérine, nous pouvions nous demander si, au moment où s'était produite cette hernie, la douleur transmise à toute la zone génitale, n'avait pas déterminé, directement ou par réflexes, des contractions utérines et un décollement du placenta, et si le sang ne venait pas en partie de l'utérus. Nous avons vu plus tard qu'il n'en était rien ; mais à ce moment, on pouvait penser à cette cause d'hémorrhagie.

Quoiqu'il en soit, il parut indiqué de procéder immédiatement à l'ablation de cette tumeur, parce qu'elle nous semble irréductible à travers l'anneau vulvaire étroit et peu dilatable, et parce que nous trouvions à sa surface des points ou au moins un point où le sphacèle menaçait ; parce que, quand bien même la muqueuse n'eût pas été altérée à sa surface et que la réduction en eût été facile, la malade, enceinte de six mois, serait restée pendant toute la fin de sa grossesse exposée aux retours des accidents qui l'avaient amenée à l'hôpital ; parce qu'enfin, pendant les trois mois de grossesse qui restaient à parfaire, la tumeur eut sans nul doute considérablement augmenté de vo-

lume et qu'il eut fallu, au moment de l'accouchement ou laisser la femme exposée à des chances d'arrachement ou de ruptures de la tumeur avec les dangers de septicémie consécutive : intervention alors dans des conditions beaucoup moins favorables.

Pour faciliter l'ablation de la tumeur nous voulûmes l'attirer légèrement de façon à dégager le pédicule et en rendre plus facile la ligature et l'excision. Pour cela nous plaçons sur la portion saillante, la plus large de la tumeur, une pince tire-balle de façon à avoir une prise plus solide, tout en évitant de déchiqueter la tumeur, si par hasard, elle offrait plus de friabilité que ne le faisait supposer sa consistance. Mais à peine les mors de la pince pénétraient-ils dans le tissu néoplasique qu'aux points de pénétration ; de chaque côté, s'échappait un jet de sang suivi d'un écoulement en nappe assez abondant et s'accompagnant d'un affaiblissement appréciable de la tumeur. Nous plaçons alors une pince à ligament large sur le pédicule, allongé sur le pilier postérieur du vagin, mais étroit. Puis, nous portons sous cette pince, rasant la paroi vaginale postérieure une triple ligature de sûreté à l'aide de deux fils doubles de soie assez forte, divisant ainsi le pédicule en trois segments. Nous coupons alors le pédicule sur la pince que nous enlevons et nous régularisons la surface de section, par une suture en surjet à la soie fine.

Pendant ces différents temps de l'opération, nous constatons la friabilité non seulement du tissu propre de la tumeur, mais encore des tissus sous-jacents : muqueuse vaginale et tissu conjonctif sous-muqueux, formant le pédicule de la tumeur, qui déchirent sous la pression de la pince, en même temps que la vascularité de toutes ces parties. En effet, non seulement la

muqueuse saigne dans les points qui cèdent à la pression de la pince, mais chaque passage de l'aiguille à suture, soit pour la ligature de sûreté, soit pour le surjet, donne encore un suintement assez abondant, jusqu'à ce que les lèvres de la section étant bien affrontées et solidement suturées, l'on put faire une injection chaude et abondante de sublimé au millième.

Nous nous contentâmes d'un simple pansement vulvaire à l'ouate stérilisée, ne voulant pas par l'application d'un tampon vaginal, nous exposer à tirailler les fils de la suture et à couper sur ces fils des tissus dont nous venions de constater la friabilité.

Portant alors le doigt dans le rectum, nous constatons de nouveau l'extrême minceur de la cloison recto-vaginale, preuve pour nous du développement primitif dans cette cloison de la tumeur, devenue secondairement, par son développement pendant la grossesse, sous-muqueuse vaginale d'abord, puis polypeuse dans le vagin, pour se hernier, dans une dernière étape, à travers l'anneau vulvaire.

Tant qu'à la nature même de cette tumeur, notre opinion avait dû se modifier au cours de l'opération. Sa friabilité et sa vascularité auraient pu nous faire penser, au premier moment, à un simple épanchement sanguin dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale, un thrombus ; mais outre qu'il n'y avait pas là simplement une poche sanguine, mais bien un tissu au-dessous et autour du pédicule, nous fit immédiatement penser, en l'absence de troncs artériels d'un certain calibre, à une tumeur érectile veineuse ou tout ou moins à une tumeur vasculaire avec prédominance du système veineux.

Dans cette hypothèse, la marche des accidents était facile à expliquer : préexistence congénitale de la tumeur, on sait que

ces tumeurs veineuses sont plus fréquemment sous-muqueuses (lèvres, joues), développement aigu, coïncidant avec la grossesse, turgescence considérable par étranglement au niveau de l'anneau vulvaire, hémorragies abondantes et répétées à la suite de cet étranglement.

L'examen macroscopique de la tumeur était bien fait pour nous confirmer dans ce diagnostic rétrospectif.

Après l'ablation, en effet, la tumeur a subi, en se vidant d'une quantité notable de sang, un affaissement très appréciable.



(1)

FIG. II

Elle se présente alors sous forme d'un fuseau long de 7 centimètres, épais de 17 millimètres, haut de 33 millimètres. Son poids est de 25 grammes. Elle est encore très consistante, de couleur bleuâtre, rappelant l'aspect des tumeurs érectiles des lèvres ou de la face interne des joues. Sa surface est, comme nous l'avons dit, sillonnée de tractus fibreux semblant péné-

trier dans la masse de la tumeur ; mais elle présente surtout ceci de particulier, c'est que son bord curviligne se recourbe à ses deux extrémités pour aboutir à une sorte de hile sur lequel a porté la section, et ce hile lui-même semble bien formé par une veine du volume d'une bonne plume d'oie occupant toute la longueur du pédicule et recevant un grand nombre de veinules provenant de la tumeur. En sorte que vue ainsi par son pédicule, ou par cette veine ouverte dans toute sa longueur, la tumeur ne saurait être mieux comparée (sauf les orifices des veinules) qu'à un urèthre fendu d'un côté et maintenu béant par un corps caverneux injecté.

Ainsi donc notre diagnostic primitif clinique de fibrome s'est modifié au cours de l'opération et après un examen microscopique de la tumeur excisée en celui de tumeur vasculaire ou tumeur érectile veineuse, or l'examen microscopique, pratiqué par M. le professeur Malherbe, a abouti au diagnostic de fibromyome télangiectasique. On trouvera l'étude détaillée de cette tumeur au chapitre anatomopathologique.

Disons tout de suite que les suites prochaines et éloignées de l'opération ont été excellentes. La température du 15 novembre, jour de l'opération, au 23, au moment de l'enlèvement des fils, a oscillé entre 36°,4 et 37°,2. Le 22 seulement, la malade se plaint d'un peu de ténésme rectal dû probablement au tiraillement des fils au moment de la délécation et présente un peu d'œdème des petites lèvres.

Notons qu'en enlevant les fils nous constatons que la surface d'implantation de la tumeur était en réalité beaucoup plus élevée, qu'elle ne nous avait semblé au moment de l'opération. Le pédicule hernié à travers la vulve nous avait paru implanté presque immédiatement au-dessus de la fourchette. C'est à 4

centimètres environ, sur la paroi vaginale postérieure, que nous devons aller chercher le fil situé le plus bas, lorsque les parties devenues libres par l'ablation de la tumeur ont repris leur situation normale.

Le 21 janvier, 1898, la femme P. ressent les premières coliques de l'accouchement à 9 heures du soir. L'enfant se présente en OIGA. La dilatation est complète le 22 à 5 h. 1/4 du matin, la rupture des membranes a lieu un quart d'heure après. A 6 heures la femme expulsait en O P un enfant du sexe masculin vigoureux et bien conformé, de 3 kilog. 200, la délivrance naturelle se produit à 6 h. 40.

La cloison recto-vaginale est très mince ; mais la cicatrice n'a pas bougé. Aucune lésion vulvo-périnéale ne s'est produite.

La femme P... quitte le service en parfait état le 3 février.

Le toucher vaginal, à ce moment, permet de constater une petite crête rugueuse située à la partie postérieure et dans l'axe du vagin, de 3 centimètres de long, reste d'implantation de la tumeur.

Cette observation nous a paru intéressante à bien des points de vue, il est rare de trouver de semblables tumeurs chez la femme enceinte. Notre tumeur était d'autant plus difficile à diagnostiquer que du fait de la grossesse elle avait subi de nombreuses et profondes modifications. Celle-ci certainement préexistante, s'était singulièrement développée avec cette grossesse. Enfin la disposition de cette tumeur, ses complications, surtout les hémorragies, compliquant la parturition, en étaient de pressantes indications opératoires.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ET ÉTIOLOGIE

Les fibro-myomes télangiectasiques sont, croyons-nous, très rares. Faut-il expliquer cette rareté par la structure anatomique des parties et par le mode de formation de ces sortes de tumeurs ? Nous avons cherché dans les annales de la science, traités et revues, des cas analogues à celui que nous venons de citer. Nos recherches nous ont fourni sur ce sujet peu de renseignements utiles. Cette rareté extrême nous engage à donner le plus de développement possible à cette question : l'attention attirée de ce côté pourra peut-être faire mettre au jour d'autres observations semblables.

On appelle fibro-myome une variété de néoplasme se développant sous forme le plus souvent arrondie, prenant naissance dans l'épaisseur du tissu musculaire et constituée histologiquement par un amas de faisceaux musculaires lisses réunis par du tissu conjonctif très abondant, vascularisé et de consistance fibreuse. Presqu'exclusif à l'utérus, on le trouve plus rarement dans le vagin. Ces tumeurs tirent leur origine du tissu cellulaire sous-muqueux ou de la couche musculaire du vagin, ou enfin du tissu cellulaire recto-vaginal. Suivant la prédominance du

tissu musculaire ou du tissu conjonctif l'on a un myome ou un fibrome (qui sont rares à l'état isolé), la plupart du temps les deux tissus se trouvent réunis et l'on a le fibro-myome. On a discuté leur lieu d'implantation dans le vagin; Leteneur, avec raison, les place sur la paroi antérieure, contrairement à Rokitansky, qui les croit plus fréquents sur la paroi postérieure: notre observation est favorable à cette dernière opinion.

Le fibro-myome est bénin par lui-même, en tant que tumeur; il reste une production purement locale. Il n'expose l'organisme humain à courir quelque danger que par ses modifications. Ces modifications locales (les corps fibreux de l'utérus nous en montrent de fréquents exemples) sont tantôt des transformations, tantôt des dégénérescences, qu'il faut mettre sur le compte du travail néoplasique, de l'état vital de l'organe, de la réaction générale de l'organisme, des changements physiologiques, etc..... Les organes génitaux de la femme sont souvent sous le coup de ces causes modificatrices: la puberté, la menstruation, la grossesse, la ménopause, sont autant de raisons pouvant agir sur ces sortes de tumeurs.

Nous avons dit que les fibro-myomes étaient vasculaires, Virchow y a trouvé des artères et des veines. Leur appareil vasculaire est complet. Mais il peut subir un développement très variable: insignifiant dans certains cas, dans d'autres il est très abondant. C'est en première ligne l'influence de la grossesse qui peut amener ce développement exagéré des vaisseaux comme nombre et comme calibre. Ce développement peut être assez considérable pour donner à la tumeur une forme caverneuse,

avec des vaisseaux très dilatés, gorgés de sang. L'on a alors ce que l'on appellera, par comparaison avec ce qui se passe dans les fibro-myomes de l'utérus, le fibro-myome télangiectasique du vagin.



FIG. III

La tumeur, qu'il nous a été donné d'examiner, une fois enlevée et après macération dans l'alcool, présente, à l'examen macroscopique, une forme rappelant assez exactement la noix dite d'Amérique (1). Elle est allongée, ovoïde, plus renflée à l'une de ses extrémités qu'à l'autre. Elle est très fortement incurvée sur l'une de ses faces : cette incurvation correspond à la surface d'implantation de la tumeur. Extérieurement, le néoplasme est lisse, sa consistance est ferme, sa couleur est brunâtre, marbrée de taches noires.

Sur une coupe longitudinale (2), on constate sur la surface de section, deux aspects différents du tissu. Le tissu périphérique est brun rouge et rappelle assez l'aspect et la consistance que prend un caillot sanguin quand il a macéré dans l'alcool. Plus près du centre et du point

d'implantation de la tumeur, le tissu est blanc, fibreux, et parsemé de lacunes visibles à l'œil nu. Bien que la tumeur soit nettement limitée, après la macération dans l'alcool il est impossible d'isoler, à la périphérie, une membrane d'enveloppe; toutefois, sur quelques points, elle paraît cependant exister.

Les pièces pour l'examen microscopique ont été fixées par l'alcool et incluses dans le collodion.

Les coupes ont été colorées au picro-carmin de Ranvier, à la double coloration, c'est-à-dire, hématoxyline et picro-carmin, au carmin aluné.

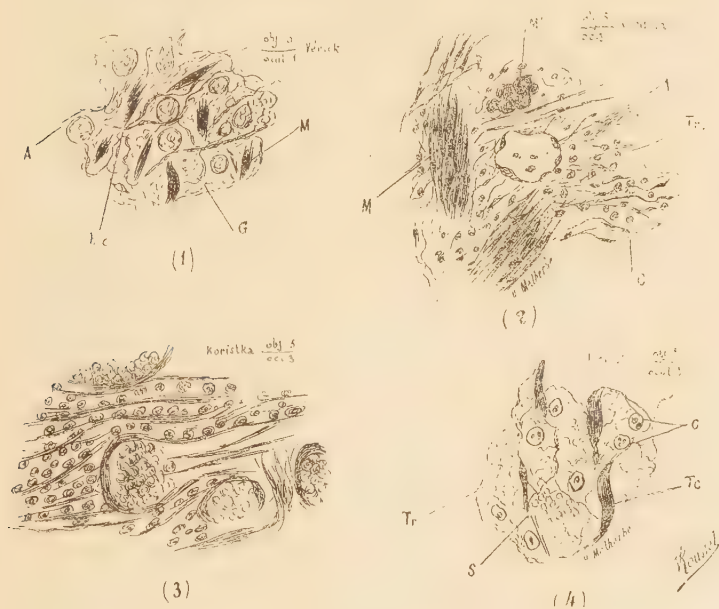


FIG. IV

Examinée à un faible grossissement (fig. 1), une coupe présente deux parties différentes. Une première partie, qui correspond à la zone périphérique rougeâtre, que nous

avons signalée dans notre examen macroscopique sur la surface de section de la tumeur, est constituée de tronçons de fibres musculaires M, de points hémorragiques et de zones dans lesquelles les éléments anatomiques paraissent très altérés G. Dans une deuxième, qui correspond à la zone fibreuse voisine du point d'implantation de la tumeur, on retrouve des faisceaux fibreux bien nets t. c., des vaisseaux abondants et dilatés A, le plus souvent gorgés de sang, et une infiltration assez abondante de cellules embryonnaires. Ces différents aspects se distinguent bien, surtout sur les préparations traitées à la double coloration.

A un plus fort grossissement (fig. 2), on voit, dans la région périphérique de la tumeur, des éléments rappelant les fibres musculaires lisses. Ces fibres se présentent d'une manière différente, suivant que la coupe les a atteintes transversalement M' ou plus ou moins obliquement M. Elles sont d'ailleurs altérées. Elles fixent mal la matière colorante et leurs noyaux ne se dessinent pas toujours avec netteté. Entre ces amas de fibres musculaires et formant le stroma de la tumeur, on voit quelques bandes fibreuses très amincies c offrant par place une orientation parallèle, par d'autres réunies entre elles de façon à former un véritable tissu lacunaire. Dans ces lacunes on trouve divers éléments (fig. 4), soit de cellules embryonnaires c, soit de globules du sang T. Dans quelques endroits, les éléments S constitutifs de la tumeur sont atteints de dégénérescence très marquée. On voit alors une sorte de masse granuleuse dans laquelle on trouve encore quelques cellules, quelques tronçons de fibres musculaires, ou quelques faisceaux fibreux à peine re-

connaissables t c. Il est à noter que ces éléments en dégénérescence s'observent surtout dans la partie la plus éloignée du centre de la tumeur.

Quand on examine, avec un grossissement suffisamment fort, la région qui correspond au centre du néoplasme et qui se rapproche de son pédicule, la structure se modifie un peu. Nous rencontrons des faisceaux fibreux assez volumineux dans lesquels il existe une prolifération cellulaire assez accusée. Très souvent ces bandes fibreuses circonscrivent de grands lacs sanguins gorgés de sang (fig. 3). Il est assez difficile de distinguer le long de la paroi interne de ces lacs sanguins un endothélium vasculaire ; de sorte que l'on peut se demander si ce sont des vaisseaux ectasiés ou de simples hémorragies interstitielles. Dans d'autres points des préparations on trouve des vaisseaux ayant subi une dilatation considérable A. Parfois (fig. 2) aussi les parois vasculaires sont nettement reconnaissables, car elles sont un peu sclérosées. Nous n'avons point trouvé, dans l'examen de nos coupes, d'éléments nerveux.

En résumé la tumeur, que nous avons examinée, semble formée de fibres musculaires lisses, de tissu fibreux, de zones en dégénérescence plus ou moins accusées, de points hémorragiques abondants et de vaisseaux plus ou moins dilatés. Nous pensons donc pouvoir dire qu'il s'agit plutôt d'un fibro-myôme, myôme dartoïque, développé dans les muscles lisses de la cloison recto-vaginale : cependant, en raison des téléangiectasies vasculaires que nous avons citées, on pourrait peut-être supposer que notre tumeur a quelques affinités avec les angiomes :

mais cette supposition ne nous semble pas la plus probable.

Maintenant, comment expliquer la formation de cette tumeur au milieu de la grossesse? Nous savons que les polypes fibreux du vagin ne sont pas rares; d'origine congénitale, sans doute, ils sont petits, aussi attirent-ils rarement l'attention. Restant ordinairement stationnaires toute la vie, une réaction vitale quelconque, comme pour beaucoup de tumeurs, suffit pour réveiller leur activité, les faire progresser et acquérir un volume et un aspect différents. Nous n'en voulons pour preuve que notre observation nous montrant une femme qui, jusqu'à 21 ans, a ignoré complètement l'existence d'une tumeur vaginale. Nous ne pouvons mettre ici en cause l'action irritative et traumatique, « l'impression offensante », des rapports sexuels, qui ont été, au dire de la malade, assez rares et qui n'ont été continués que 15 jours après le début de la grossesse.

Pour nous, la raison principale de cette transformation d'un fibro-myome doit être mise sur le compte des changements physiologiques de toutes sortes que peut amener la grossesse dans la texture de l'organe porteur du néoplasme.

La structure anatomique du vagin, surtout la portion en rapport avec le rectum, est abondamment pourvue de vaisseaux et de fibres musculaires lisses dans le tissu sous-muqueux. Nous savons d'un autre côté, comme Rouget l'a démontré, que, durant la gestation et surtout vers la fin, l'élément musculaire normal du conduit vaginal prend part à l'hypertrophie générale physiologique de tout l'appareil utérin. On voit alors les faisceaux mus-

culaires lisses prendre une teinte rougeâtre qui dénote leur hypertrophie physiologique, le système vasculaire de cette région subit un développement considérable : ses artères augmentent à tel point que leurs battements sont faciles à percevoir et constituent ce qu'on a appelé *le pouls vaginal d'Osiander*. (Tarnier).

Les capillaires se dilatent aussi, ce qui explique la coloration violacée, bleuâtre de la muqueuse vaginale à ce moment, Les veines deviennent variqueuses par suite de la compression des troncs auxquels elles se rendent. Cette hyperhémie n'est pas due à la compression de l'utérus gravide puisqu'elle se produit dès les premiers mois de la gestation, mais à la vitalité nouvelle des organes génitaux sous le coup de fouet dont le point de départ est le développement de l'œuf fécondé.

La grossesse produit donc l'hypertrophie vasculaire et musculaire du vagin avec une activité nouvelle des éléments cellulaires de cette région ; il doit en être de même dans certains cas des tumeurs fibreuses composées des mêmes éléments. Cela est d'autant plus probable que le même fait s'accomplit pour les fibro-myomes de l'utérus. La grossesse a pour effet de donner une impulsion très vive au développement des fibromes et en amener souvent le ramollissement œdémateux (Pozzi).

Nous pouvons donc expliquer ainsi la formation et l'évolution de notre tumeur. Notre femme portait congénitalement un petit fibro-myome de la cloison recto-vaginale. On ne peut donner une étiologie bien nette de ces tumeurs et il est difficile d'établir les conditions de leur origine avant leur dégénérescence, peut-être parce que l'explo-

ration ne révèle ces néoplasmes que fort tard après l'époque de leur naissance. De plus elles s'établissent lentement, sans symptôme pouvant attirer attention. Faut-il rattacher la genèse de ces néoplasmes à la persistance de restes embryonnaires dans la profondeur du parenchyme vaginal, restes subissant brusquement une poussée évolutive aboutissant à leur formation et à leur développement ? Est-ce le résultat d'une infection ? Nous ne pouvons être fixé sur ce point. Ce qu'il y a de certain, ceci nous explique toutefois comment, dans le cas qui nous occupe, le fibrome vaginal reste insignifiant et ignoré jusqu'à une première grossesse. La femme est devenue enceinte, alors sa petite tumeur a participé au travail hypertrophique des éléments constitutifs du vagin. Les fibres musculaires, le tissu cellulaire ont augmenté, les vaisseaux se sont multipliés et en même temps dilatés. La tumeur a acquis un certain volume, s'est pédiculisée. A mesure que la tumeur augmentait, la circulation était ralentie du fait de la gravidité et la compression vulvaire. A un accès de nutrition, succède une période de dénutrition. La compression arrête les échanges organiques et la tumeur subit un processus atrophique, une phase de ramolissement. Les fibres musculaires s'atrophient, les faisceaux conjonctifs se dissocient, se nécrobiosent, se résorbent, et il se forme de petites lacunes intertitielles (les géodes de Cruvellier), les vaisseaux se rompent et donnent à la tumeur un gros volume. La muqueuse en même temps s'amincissait, tirillée et dilatée par le néoplasme.

Cette évolution qui aurait dû être lente encore, ici avait pris une forme galopante tout à fait comparable à la mar-

che que subit le fibro-myome télangiectasiques de l'utérus et signalée par Pozzi.

Chez notre malade, la tumeur ainsi constituée, à la suite d'une fatigue excessive, d'une station debout prolongée, la pression sanguine augmentant et la tumeur étant devenue plus friable, la muqueuse amincie s'éroda par le frottement peut-être, et le sang s'écoula. Une communication s'établit avec les lacs sanguins et les vaisseaux dilatés et gorgés de sang, ils donnèrent ces abondantes hémorrhagies qui effrayèrent tant notre malade et qui nous l'amènèrent à la Maternité-Clinique.

Nous ne voyons pas d'autre manière d'expliquer la formation de cette tumeur. Celle-ci doit être rare, nous n'avons pas trouvé d'autre exemple semblable par nos recherches. Certaines femmes seraient plus que d'autres disposées à l'hypertrophie des éléments de leurs fibromyomes durant une grossesse, suivant l'abondance plus ou moins grande de ces éléments constitutifs aussi bien de la tumeur que du conduit vaginal.

DIAGNOSTIC

Bien que d'un diagnostic facile du fait de ses symptômes et de ses caractères cliniques, les tumeurs fibreuses de la cloison recto-vaginale, peuvent quelquefois entraîner des erreurs de diagnostic : nous n'en voulons pour preuve que l'observation de notre thèse, dans laquelle il était légitime d'admettre l'existence d'un angiôme jusqu'à ce que l'examen microscopique soit venu montrer à quel genre de tumeur nous avions affaire.

Dans le vagin on peut trouver des tumeurs de toute espèce, les unes naissent au niveau même de l'organe, les autres dépendent des organes voisins, les unes solides, les autres liquides. Il sera toujours aisé de distinguer les tumeurs solides dépendant des organes voisins et de les rapporter à leur véritable origine. L'examen local suffira le plus souvent à empêcher cette erreur.

A quel genre de tumeur peut-on d'abord penser en se trouvant en présence d'un fibro-myome télangiectésique chez une femme enceinte, surtout lorsqu'il se présente, comme dans notre observation, saignant abondamment? Un angiôme est la première idée. En effet ne peut-on pas

croire tout de suite à cette variété que l'on dénomme angiôme caverneux.

Sous l'influence d'une première grossesse un navus, d'origine congénitale et qui serait resté stationnaire jusque-là, aurait vu augmenter le calibre de ses vaisseaux, qui bientôt se rompant, auraient fini par communiquer entre eux et former une vaste poche remplie de sang.

Cette hypothèse ne doit pas cependant nous arrêter. Si le sexe féminin paraît prédisposé aux angiômes (Broca 62 pour 100, Beckel 23 sur 27, Zielewicz 65 pour 100), les organes génitaux sont rarement atteints. Parker donne bien une statistique où sur 330 cas 12 fois les organes génitaux, étaient atteints, et Porta sur 151 cas 5 faits seulement pour ces régions (*Grand traité de chirurgie*) Encore ces chiffres ne spécifient pas organes masculins ou féminins !

Nos recherches ne nous ont amené sous les yeux aucun fait se rapportant aux angiomes du vagin. Nous avons vu cité seulement et sans commentaires une tumeur érectile de l'utérus. A part cela les autres observations ne s'appliquaient qu'aux organes génitaux externes : grandes et petites lèvres, méat urinaire. Volkmanne a rapporté en 1873 un cas d'angiome des petites lèvres ; Reicher, Wirchow, Verneuil, Henning et Sängner, parlent des tumeurs érectiles des grands lèvres, Dupuytren le cite dans ses leçons cliniques. Fabre, dans sa *Bibliothèque du médecin praticien*, insère un fait de Vidal de tumeur érectile des grandes lèvres chez une petite fille. Nous ne pouvons citer tous les exemples, mais aucun n'a son siège dans

le vagin. Faut-il expliquer cette rareté par une vascularisation moins grande de cette région ?

De plus, dans aucun cas, la grossesse n'a été l'occasion de leur évolution et de leur révélation : ils étaient connus avant, celle-ci n'ayant fait que provoquer des dimensions plus grandes.

L'angiôme, d'origine congénitale la plupart du temps, se développe encore assez vite. S'il reste parfois stationnaire, il serait bien douteux que dans une région, telle que les organes génitaux féminins, si sujets à des fluctuations physiologiques, la grossesse seule ait pu provoquer son réveil. Peut-on admettre qu'un navus puisse rester ignoré durant quinze ou vingt ans chez une femme, dans un vagin.

Si cela était possible qu'un angiôme se fût trouvé et développé, on aurait eu affaire surtout, croyons-nous, à la variété d'angiôme caverneux. Cette forme, à début lent, à marche insidieuse, se présente sous un volume plus ou moins grand, elle peut se pédiculiser parfois. Aux muqueuses elle a une coloration toujours bleuâtre, n'est nullement douloureuse, la gêne fonctionnelle ne se manifestant qu'avec le volume. La tumeur molle et élastique est plus ou moins réductible ; elle est facilement turgescente par l'effort. Parfois des pulsations sont perceptibles. Enfin les angiômes ont une grande tendance à envahir toute l'épaisseur de l'organe dans lequel ils ont pris naissance, surtout la variété artérielle. S'ils sont lésés, ils saignent abondamment, mais l'hémorrhagie, abondante tout de suite, ou peu, ne se reproduit plus et

est accompagnée d'un affaissement plus ou moins grand de la tumeur.

Mais le point le plus net de différenciation est fourni par l'examen histologique. Que l'on ait affaire à la variété simple ou caverneuse, dans l'angiôme on ne trouve que du tissu normal envahi par des vaisseaux de nouvelle formation. Ces vaisseaux ont la même constitution que les vaisseaux normaux : artères, veines, capillaires. Dans la forme caverneuse « ce sont des cavités remplies de sang, communiquant les unes avec les autres, d'une façon plus ou moins régulière. La circulation y est active, vu leur changement brusque de volume » (Cornil et Ranvier). On trouve des *cloisons* formant des alvéoles de tissu fibreux dense où l'on reconnaît les éléments cellulaires, les fibres musculaires des vaisseaux, avec un *endothélium* de revêtement formé de cellules endothéliales aplaties, fusiformes, semblables à celles des veines, et même d'après Esmark, des filets nerveux. A l'intérieur, s'il est coagulé, se trouve du sang, mais peu de globules blancs. Quand la tumeur est exsangue, il suffit de la plonger dans l'eau pour distinguer les cloisons, résistantes et élastiques faciles à étirer avec une pince.

Dans notre tumeur rien de cela, des vaisseaux à texture embryonnaire, sans parois propres, — parfois dilatés, — mais pas des cloisons particulières, épanchement sanguin, le tout au milieu d'un tissu formé de fibres musculaires lisses et de faisceaux conjonctifs : pas traces de cloisons organisées. Quant aux symptômes nous trouvons de la douleur, une volumineuse tumeur développée promptement, survenant au milieu d'une grossesse : pas de fluctuation,

de turgescence, de pulsations. Des hémorrhagies abondantes sont survenues : hémorrhagies qui se sont arrêtées difficilement. Donc si les symptômes physiques auraient pu nous engager à voir dans notre cas un angiôme, l'histologie nous en éloignait.

L'idée d'un thrombus du vagin et pédiculisé aurait pu avoir plus de chance de troubler notre diagnostic. En effet comme caractéristique il a son apparition brusque, sa coïncidence habituelle avec des varices vulvaires, son siège d'élection à la partie postérieure du vagin, sa forme pédiculée, sa bénignité. Assez fréquent pendant et après le travail, le thrombus du vagin est très rare pendant la grossesse. Il faut alors une violence extérieure pour amener soit directement, soit par contact la rupture d'un vaisseau.

Il y a cependant dans la science des observations très nettes et très instructives de thrombus durant la grossesse. M. le professeur Budin (*Femmes en couches et nouveau-nés*) a pu observer en mai 1886 un cas de thrombus vaginal chez une primipare de 24 ans; cas accompagné de la relation d'un fait semblable de Johannowsky. Dans les *Archives de Tocologie* de 1890, M. Auvard présente une observation d'un thrombus pédiculé du vagin chez une femme enceinte de 8 mois et présentant les mêmes symptômes que celle de M. Budin. La même année M. Laviot à la Société obstétricale et gynécologique de Paris citait un thrombus du vagin pendant le travail chez une hémophile secundipare. Cet accident, qui peut survenir à la suite soit d'une dilatation variqueuse des veines des organes génitaux, d'une hémophi-

lie héréditaire, d'une altération des parois due à un traumatisme quelconque, soit même sans causes appréciables, ou à l'occasion de causes minimes (cahots de voiture, quinte de toux, etc), apparaît subitement. La tumeur augmente rapidement de volume, avec une dureté ou une fluctuation plus ou moins nette. Un certain moment son volume reste stationnaire. Si elle est petite, elle aboutit à la résolution. Si elle est grosse, on a une rupture amenant une hémorrhagie de plus ou moins longue durée, suivant la grandeur de la déchirure, mais qui s'arrête bientôt d'elle-même en produisant l'affaissement de la poche. Si le sang était coagulé, nous aurions la sortie des caillots sanguins par l'ouverture.

Dans le fibro myome téléangiectasique nous ne trouvons pas cela. La tumeur ne se forme pas tout à coup, subitement comme le thrombus, elle s'est développée insensiblement. Son volume s'accroît et pourrait devenir bien supérieur à celui du thrombus. On a bien une consistance pâteuse assez résistante, mais pas la fluctuation souvent très nette du thrombus. L'hémorrhagie est toujours abondante sans cesser et sans donner lieu à l'affaissement complet de la tumeur. Dans notre cas il s'était bien produit un espèce d'épanchement au milieu de la tumeur, aussi a-t-on constaté une légère diminution de volume mais pas une complète disparition. La terminaison est autre aussi. Le thrombus finit par résorption, par curage de la poche à sa rupture ; notre tumeur ne peut se résorber d'elle-même il faut l'intervention chirurgicale. Enfin le microscope est là pour nous montrer que

nous avons affaire à une forme spéciale de fibro-myome du vagin.

Le kyste du vagin mérite d'arrêter notre attention. Par ses symptômes, il rappelle un peu ceux du fibro-myome. Indolence, établissement silencieux, tendance à la pédiculisation, fluence difficile à percevoir, gêne dans la marche, aspect d'un prolapsus du vagin quand le kyste fait hernie à la vulve : autant de signes qui peuvent s'appliquer à notre tumeur. Mais outre que les kystes sont moins volumineux, la muqueuse vaginale qui les recouvre a conservé sa coloration normale.

Ils sont ordinairement très faciles à examiner au toucher. Ils ont une marche essentiellement chronique. Puis ce qui les caractérise bien, c'est leur contenu ; liquide incolore, filant, visqueux, transparent ou d'une teinte sucre-d'orge (Pozzi), où le microscope décele la présence des cellules épithéliales à divers degrés d'altération. Histologiquement la paroi est formée de tissu conjonctif fibrillaire, contenant parfois des fibres musculaires, servant de *substratum* à une couche unique de cellules épithéliales cylindriques, stratifiées par place, rarement des cellules pavimenteuses. Nous sommes loin de la structure si particulière du fibro-myome qui nous occupe. D'ailleurs l'observation inédite suivante le prouve bien.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Service de M. le P^r Poisson, observation de deux kystes du vagin.

Il s'agit d'une femme Julienne B..., de 45 ans, ménagère, d'une

bonne santé habituelle ; les deux kystes survenus en même temps, il y a 6 ans, après un accouchement qui était le troisième de cette femme. Elle a eu trois autres enfants depuis, mais le dernier accouchement s'est effectué difficilement en raison du développement des deux kystes ; surtout du kyste postérieur et la malade vient pour se les faire enlever en vue de son accouchement prochain.

Elle est actuellement enceinte de quatre mois.

A l'examen physique, quand on dit à la malade de pousser, on constate la sortie à l'extérieur et par le vagin, des deux masses l'une postérieure plus volumineuse qui ressemble beaucoup un utérus prolabé, la seconde moins volumineuse donnant l'idée d'une cystocèle.

Mais le toucher vaginal montre le col bien à sa place et le corps de l'utérus un peu volumineux et situé en avant.

Du reste, les deux masses sont très nettement fluctuantes la postérieure la plus grosse à son point d'implantation dans la cloison recto-vaginale. On s'en assure par le toucher rectal et le toucher vaginal combinés. L'antérieure dépend de la cloison vésico-vaginale.

L'extirpation de ces kystes fut pratiquée le 1^{er} mars 1897. Le kyste postérieur contenait un liquide épais et noirâtre et l'antérieur fut enlevé tout d'une pièce.

L'examen histologique pratiqué sur des coupes colorées à la double coloration (hematoxyline et picro-carmin) montre :

Du côté de la muqueuse la paroi du kyste présente un épithélioma pavimenteux bien conservé et normal.

En dessous, on voit un tissu fibreux assez dense et serré, formé de fibres ondulées.

Dans quelques points les noyaux ont notablement proliféré et

ils forment de véritables amas colorés en violet par l'hématecyl-line.

Au milieu du tissu fibreux se voient des vaisseaux, artères et veines, assez nombreux, sans altération de leur paroi. Les veines sont gorgées de sang. Nous n'avons pas trouvé dans les préparations des troncs nerveux nets.

En somme il s'agit bien d'un kyste à paroi fibreuse assez épaisse avec un peu d'irritation localisée à quelques points. Nulle part traces de glands.

Un fibro-myome téléangiectasique assez volumineux comme dans cette observation, pourrait chez une femme enceinte faire croire soit à une tête fœtale (bosse sanguine), soit à un cotylidon. Le toucher et un examen attentif suffisent pour ne pas faire cet erreur. En effet, on trouverait facilement les divers points de repère du pôle fœtal, la consistance d'un placenta, sa surface largement saignante et décollée.

La tumeur observée par ses symptômes subjectifs et par son apparition à travers les lèvres de la vulve, peut être prise pour un prolapsus utérin. Le spéculum et le toucher redresseront vite cette erreur, en faisant constater que la tumeur bien solide, dépendante de l'utérus qui n'est plus à sa place normale, et en faisant constater tous les signes objectifs du col utérin : il en sera de même pour les polypes et les corps fibreux, ayant pris naissance soit dans le col, soit dans le corps de l'utérus et ayant proéminé ensuite dans le conduit vaginal, de même encore de toutes les autres tumeurs solides dont l'examen direct est si facile et dont les symptômes généraux sont autrement graves. L'énoncé de la possibilité d'une pareille confusion suffit seul à la faire éviter dans tous les cas : nous n'y insisterons pas

d'autant plus que le diagnostic de ces tumeurs aurait été fait avant la grossesse, s'ils ne l'avait point empêché.

Il n'en est pas de même des diverses collections liquides ou fluctuantes qui peuvent être trouvées dans le vagin ou se montrer à la vulve. En effet pour elles le symptôme de la fluctuation peut être ou devenir la cause de certaines erreurs, surtout quand la tumeur qui nous occupe est volumineuse, que sa base d'implantation est large et située très haut sur les parois vaginales, ce qui rend l'exploration plus laborieuse.

Nous ne ferons que citer les abcès de cette région, dont la marche aiguë, la douleur à la pression, sont bien connues, les suppurations du cul-de-sac rétro-utérin, hématoécèles, péri-utérines, dont les phénomènes locaux et généraux sont tout autres et bien plus sérieux, en particulier pour l'hématoécèle, dont le début le plus souvent suraigu avec son cortège de phénomènes péritonitiques font une affection absolument à part. Les ptoses des organes voisins pourraient peut-être un instant nous arrêter. Le cathétérisme bien conduit éloigne de l'idée le diagnostic d'une cystocèle. Par le toucher rectal, on voit que l'on n'a pas affaire à une rectocèle. Le doigt ne trouvera pas de large cavité facile à parcourir et à délimiter, formée par la paroi antérieure du rectum, et pendant que l'on sentira l'autre doigt introduit dans le vagin.

Après ce qui vient d'être dit, on voit que notre diagnostic de fibro-myome était sérieux et le seul véritablement bon.

COMPLICATIONS. PRONOSTIC

Par leur constitution histologique les fibro-myomes du vagin sont des tumeurs bénignes et ne se généralisent pas. Cependant s'ils n'envahissent pas les organes voisins, n'entraînent pas la déchéance de l'organisme, localement ils peuvent, par leur développement, leur accroissement être cause de complications assez graves et même mortelles, surtout chez une femme enceinte. Passant la plupart du temps complètement inaperçus, quand ils sont plus volumineux ils deviennent une affection désagréable et fâcheuse, car ils sont le point de départ et la cause prédisposante de toute une série d'affections consécutives, outre qu'ils peuvent, suivant leur lieu d'implantation être cause de stérilité.

Chez la femme enceinte, toujours plus vulnérable et plus impressionnable aux accidents, ces complications doivent être surveillées. La présence de ces tumeurs, les froissements auxquels elles sont sujettes pourraient entraîner le plus souvent des vaginites plus ou moins intenses, ou tout au moins une leucorrhée continuelle qui inquiète et épuise les malades. On comprend en outre, que par les

progrès de leur développement et leur tendance à s'abaisser vers la vulve en se pédiculisant, ils puissent finir par amener des déplacements dans la région, favoriser les chutes de l'utérus et le prolapsus des parois vaginales (cystocèle et rectocèle consécutives).

Dans la forme qui nous occupe, les accidents les plus sérieux sont fournis par les hémorrhagies abondantes et continuelles. Ces hémorrhagies diminuent la résistance de la femme enceinte, l'affaiblissent beaucoup. Elles sont produites par une érosion, une déchirure plus ou moins importante de la surface de la tumeur, occasionnée par un effort quelconque (contractions, traumatismes, frottement de la marche). Elles sont de plus difficiles à arrêter. On se l'explique facilement par la texture de la tumeur, texture particulièrement vasculaire. Les capillaires dilatés, les géodes pleins de sang, les tissus hypérémiés une fois ouverts, se vident et n'ont pas grande tendance à se cicatriser et à s'oblitérer. A mesure qu'il sort des vaisseaux de la tumeur, le sang s'écoule sous forme de nappe. Il peut finir par se coaguler mais pour recommencer à s'écouler au moindre mouvement. Ces hémorrhagies abondantes et répétées déterminent des accidents généraux qu'on observe dans toutes les hémorrhagies graves : les tissus se décolorent, le pouls devient fréquent et petit, il survient de l'agitation, de la sécheresse de la bouche, des syncopes etc. Ces dernières peuvent-être mortelles. Mais la résistance des femmes est très différente suivant les sujets : chez telle malade, par exemple, la vie sera menacée par une perte de sang qui aurait à peine affaibli une autre femme. Aussi faut-il tenir grand compte de ces

différences de résistance quand il s'agit d'établir le pronostic. C'est ce qui s'est présenté chez notre malade : son organisme ne paraissait pas avoir souffert de ses pertes de sang abondantes.

Chez une femme enceinte, une tumeur semblable à celle que nous avons examinée, est une cause de dystocie, rendant plus étroites les parties molles du vagin. Au moment de l'accouchement, la tête fœtale rencontre cet obstacle qui arrête et qui empêche en même temps le vagin de se dilater suffisamment.

L'utérus, pour vaincre cette résistance, redouble d'efforts qui retardent l'accouchement.

Si la tête parvenait à franchir l'obstacle, ce ne serait qu'au prix d'efforts considérables qui aboutiraient sans doute à une déchirure de la commissure inférieure de la vulve et du périnée ; sinon à la turgescence plus grande de la tumeur et à sa rupture, la broyant pour ainsi dire, ce qui serait une source de nouvelles hémorrhagies.

Enfin une complication grave qui pourrait survenir serait l'infection et le sphacèle du fibro-myome volumineux.

Les fibromes infectés donnent lieu à des accidents septicémiques très graves. Survenant un peu sourdement il est difficile de les arrêter : après l'opération, quand elle n'a pas été faite à temps, les accidents continuent. Les lymphatiques voisins sont contaminés et portent au loin les microbes septiques.

Le sphacèle peut facilement atteindre une tumeur fibreuse du vagin ; il peut être d'origine inflammatoire ou se produire par ischémie. Produit par l'inflammation le sphacèle est plus grave, il est d'origine septique et peut

s'accompagner de thrombose et même de phlébites suppurées. L'infection arrive par l'épithélium desquamé, par de petites ulcérations ouvrant la porte aux germes pathogènes qui fourmillent dans le vagin : aussi la septicémie est-elle une indication opératoire. Produit par ischémie, le sphacèle est plus étendu alors mais moins grave. Il est d'origine mécanique. Il se fait une contraction qui arrête la circulation dans l'intérieur du polype : la constriction s'exerçant surtout sur le pédicule. C'est ce qui s'est produit, croyons-nous, sur notre tumeur qui avait présenté au moins un point de sphacèle par suite de la contraction de la vulve sur elle. Les fibromes sphacelés guérissent très bien par l'opération.

Ces complications en assombrissant le pronostic, doivent engager le chirurgien à intervenir le plus vite possible pour les éloigner.

TRAITEMENT

Durant la grossesse le fibro-myome télangiectasique de par sa constitution doit avoir une marche absolument progressive. Loin de regresser, il participe à l'état congestif des organes pelviens accompagnant la gestation. Plus celle-ci avance vers son terme, plus la tumeur augmente de volume. Outre qu'elle sera une cause de dystocie au moment de l'accouchement, elle met en danger les jours de la femme enceinte en l'exposant à de graves complications. Nous croyons inutile et illusoire de compter sur une terminaison naturelle, telle que sclérose, affaissement, cicatrisation après une ouverture plus ou moins large (non exempte d'accidents septiques) et des hémorrhagies plus ou moins abondantes. Encore pourrait-on espérer, si la tumeur était peu volumineuse et non gênant la sortie du fœtus, une régression après l'accouchement, comme cela s'est vu pour certains kystes du vagin, pour les thrombus, pour les nævis des organes génitaux externes et pour les corps fibreux de l'utérus.

Aussi est-il indiqué d'opérer un fibro myome du vagin chez une femme enceinte dès que l'on s'en aperçoit, sur-

tout s'il est compliqué d'hémorrhagies et de sphacèle. De plus la forme télangiectasique aurait peu de chances de régresser.

La meilleure opération nous semble être l'ablation de la tumeur au bistouri. Commencer par bien délimiter le pédicule de la tumeur, puis y appliquer une ligature de sûreté à la soie forte. Avec le bistouri ou les ciseaux on détache la tumeur au-dessus la ligature. Puis l'on termine par quelques points de sutures pour égaliser la plaie de la paroi vaginale. Si quelques vaisseaux saignaient, il faudrait les lier.

C'est de cette façon que M. le Professeur Guillemet est intervenu pour notre cas. Il s'en est très bien trouvé et les suites opératoires ont été nulles. L'accouchement n'a produit aucun accident : le vagin s'est très bien comporté à ce moment. La grossesse non plus n'avait pas été dérangée.

D'autres procédés pourraient être employés : l'écrasement, l'émucléation et la ligature élastique. Nous avons trouvé trois observations se rapportant à ces divers modes opératoires, nous nous permettrons de les reproduire quoique ils ne se trouvent pas chez des femmes enceintes et ne rentrent pas tout à fait dans notre plan.

EXTIRPATION PAR ÉCRASEMENT

Chez une femme de 35 ans existait une tumeur fibreuse, remplissant le vagin, de la forme d'une poire à base dirigée en haut. On appliqua un écraseur ; mais la chaîne cassa et l'opéra-

tion fut abandonnée. Plusieurs jours après, on tenta l'extirpation avec succès cette fois.

La tumeur trop volumineuse pour être enlevée par la voie ordinaire fut saisie par un forceps, puis l'avant-bras introduit dans le rectum et par ces moyens combinés, elle fut amenée au dehors. La circonférence était de 15 pouces ; son poids d'une livre et demie.

(*Journal of. Amer. Méd. Ass.* ; 1887).

Fibromyome de la paroi antérieure du vagin gros comme une tête d'enfant. — Par Hofmohl (Wien. *Méd. Presse* 1891. — Ablation par la ligature élastique.

Une femme de 49 ans, ayant eu trois grossesses normales se présente, le 3 juin, pour une hémorrhagie vaginale. A 5 centimètres de la vulve, qui ne présente d'ailleurs aucune anomalie, on trouve une tumeur grosse comme une tête d'enfant, peu consistante, retenue à la paroi antérieure par un court pédicule. La muqueuse qui la recouvre est lisse et sillonnée de veines.

Cette tumeur refoule l'utérus, que le doigt n'atteint pas et comprime la vessie.

La ponction montre qu'il existe dans la tumeur une cavité du volume d'une noix, contenant du sang.

On excise un fragment qui présente des cellules fusiformes, des cellules étoilées et du tissu conjonctif.

Le 19 juin, on pratique la ligature élastique du pédicule dont le diamètre mesure 5 centimètres ; cette ligature est reserrée le troisième jour, et, le cinquième la tumeur se détache.

Pansement à l'iodoforme. Guérison.

Le vagin s'est rétréci et raccourci, de sorte qu'au moment du départ de l'opérée, on peut explorer aisément l'utérus.

Fibrome de la paroi antérieure du vagin. Extirpation par Dahlmann de Königsberg par énucléation.

Une femme de 43 ans se présente à l'auteur pour une tumeur qui faisait saillir de 10 centimètres hors la vulve. Cette tumeur de consistance fibreuse, ferme, découverte par la muqueuse ulcérée, se prolongeait dans le vagin où elle s'insérait par une large base à la paroi antérieure de ce canal. L'urèthre, dévié à droite, était indemne ainsi que l'utérus. La tumeur n'avait pas eu de retentissement sur l'état général.

Opération : L'auteur pratique une incision circulaire sur la muqueuse qui recouvre la tumeur au niveau de la vulve ; et l'énucléation du tissu cellulaire a lieu facilement à l'aide des doigts et du manche du scalpel. Suppuration abondante. La guérison était complète le vingtième jour.

La tumeur pesait 180 grammes et était constituée par des faisceaux de fibres musculaires lisses et du tissu connectif.

(*Arch. f. Gynækol.*, 1880).

Les fibro-myômes peuvent donc augmenter rapidement de volume, surtout en prenant la forme téléangiectasique. Il faudra donc s'en défier. Chez une femme enceinte toutes les fois que l'on s'en apercevra il faudra opérer de bonne heure et ne pas attendre l'apparition de complications dangereuses, sinon mortelles.

CONCLUSIONS

1° Parmi les différentes formes que peuvent affecter les fibromyomes, il en est une caractérisée par sa vascularisation : on peut l'appeler fibro-myome télangiectasique.

2° Cette forme se rencontre rarement.

3° Le diagnostic en est difficile malgré un examen attentif de tous les symptômes locaux. L'examen histologique seul permet d'établir un diagnostic exact.

4° Cette tumeur peut être une cause de dystocie et d'hémorrhagies graves durant la grossesse. Elle est susceptible de s'infecter et de se sphacéler. Aussi le pronostic en est-il à redouter.

5° Il est nécessaire d'intervenir dès qu'elle se manifeste. L'ablation au bistouri, précédée d'une ligature de sûreté paraît être le meilleur procédé. Cette opération doit se faire avant l'accouchement.

Vu : le Président de la thèse

PINARD

Vu le Doyen de la Faculté

BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — Cas de 2 fibromes du vagin opérés
par le Dr Jacobs et autres observations.
- ARRAGON. — Etude sur les angiomes des muqueuses. Thèse,
Paris 1883.
- AUVARD. — Traité de gynécologie.
- BOIFFIN. — Tumeurs fibreuses de l'utérus.
- BOYER. — Maladies chirurgicales.
- BUDIN. — Leçons cliniques.
- CAZIN. — Kystes du vagin. Thèse d'agrégation 1881.
- CORNIL ET RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique.
- COMBES. — Kystes du vagin. Thèse, Paris 1889.
- DUPUYTREN. — Leçons cliniques.
- EUSTACHE. — Mémoire sur les kystes du vagin. Archives de to-
cologie.
- GREEN. — Un cas de fibro-myome du vagin (Boston, *Méd. Jour-
nal*, 1892).
- GREEN. — Tumeurs du vagin considérées au point de vue obsté-
nical (Annals of gynecology and padiatry 1895).
- HERMANN. — Fibrome du vagin (London Obstétrical transactions
1881).
- KLEINROERECHTER. — Des tumeurs fibreuses et myomes du va-
gin. *Leitocht. Keilker* 1882).

LAWSON TAIT. — Traité de gynécologie.

PARMENTIER. — Tumeur du vagin. Société anatomique de Paris
1860.

POZZI. — Traité de gynécologie opératoire et clinique.

TARNIER. — Traité de l'art des accouchements.

RIBEMONT DESSAIGNE. — Traité élémentaire d'accouchement.
Eug. Petit, thèse de Paris 1870.

M^{me} LASANOF. — Thrombus de la valve et du vagin. (85 cas).
Annales de gynécologie, 1884.

P. RUGE. — Enucléation d'un myome vaginal chez une vierge
de 34 ans; mort le 10^e jour par épuisement (Berlin Klin.
Woch. 1888.

MURPHY. — Fibromes des parois vaginales. (The Journal, 1896).

